**Machtiging opvragen medische gegevens vorige huisarts**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam ondergetekende | Geboortedatum | Handtekening |
| Naam partner | Geboortedatum | Handtekening |

Naam en geboortedatum van uw kind. Let op! boven de leeftijd van 12 jaar moeten kinderen zelf ook toestemming geven

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam kind | Geboortedatum | Handtekening kind |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Machtigt/machtigen hierbij Huisartsenpraktijk Medius:

Dhr. **E. El Ghouch (Medicomcode EL)**

Huissensestraat 64B, 6833 JB Arnhem.

Tel 026-3217418, Fax 026-3212792

www.hapmedius.nl

Om de medische dossiers van bovengenoemde personen op te vragen bij de vorige huisarts

**Hieronder de gegevens van de vorige huisarts**

|  |
| --- |
| Naam |
| Adres |
| Woonplaats |
| Telefoonnummer |
| Faxnummer |

Tevens vragen wij bovengenoemde huisarts zijn/haar patiënt(en) uit te schrijven

Plaats: ………………………………………

Datum: …………………………………….